

**Pflichtfeld!**

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.datum:** m/w/d

**SanNr.:** Bitte möglichst Etikett verwenden!

**Pflichtfeld!**

**Einrichtung:**

**EinsenderID:**

**Tel:**

**Fax.:** Bitte möglichst Etikett verwenden!

Einsender

**Laboratoriumsmedizin & Toxikologie**  
Komm. Direktor: Prof. Dr. Kai Kappert

**Klinische Toxikologie & Pharmakologie**  
Leitung: Peggy Kießling, Apothekerin

**Kontakt**  
Tel. +49 (30) 40 50 26-800  
Fax +49 (30) 40 50 26-651  
[www.laborberlin.com/toxikologie](http://www.laborberlin.com/toxikologie)

**Notfall: +49 (151) 422 30 444**

## Drogenscreening

Probennahme am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_:

Hier  
Barcode  
kleben

**Mekonium** (mind. 1 g Mekonium) – **Notfallanalytik!**  
(Untersuchung auf Amphetamine, Benzodiazepine, Buprenorphin, Cannabinoide; EDDP; Kokain und Opiate mittels Immunoassays und LC-MS/MS)

**Urin**

**Massenspektrometrische Bestätigung des positiven immunologischen Testergebnisses**

**Medizinischer Drogentest**

Untersuchung beinhaltet: Benzodiazepine\*, Cannabinoide (THC)\*, Kokain-Met.\*, Methadon-Met. (EDDP)\*, Opiate /6-MAM\*

**Vollzuglicher Abstinenznachweis**

Untersuchung beinhaltet: Benzodiazepine\*, Cannabinoide (THC)\*, Kokain-Met.\*, Opiate /6-MAM\*

**Einzelanforderungen** (Bitte gewünschte Untersuchung(en) markieren!)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amphetamine*                    | <input type="checkbox"/> Barbiturate*        | <input type="checkbox"/> Benzodiazepine*           |
| <input type="checkbox"/> Buprenorphin*                   | <input type="checkbox"/> Cannabinoide (THC)* | <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid (ETG)*    |
| <input type="checkbox"/> GHB                             | <input type="checkbox"/> Kokain*             | <input type="checkbox"/> LSD*                      |
| <input type="checkbox"/> Methadon (EDDP)*                | <input type="checkbox"/> Opiate /6-MAM*      | <input type="checkbox"/> Synthetische Cannabinoide |
| <input type="checkbox"/> Tilidin                         | <input type="checkbox"/> Tramadol            |  |
| <input type="checkbox"/> Anabole Steroide / Dopingmittel |  |  |

*\* Immunologischer Test  
Für weitere Nachweise informieren Sie sich bitte  
ggf. unter [www.laborberlin.com](http://www.laborberlin.com)!*

**Klinische Symptome, Anmerkungen, Fragestellungen:**

angefordert durch \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_